

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°

1098

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre ESNAULT

Interne de l'Hôpital d'Argenteuil

Né le 12 Juillet 1912, à LISIEUX (Calvados)

**Le traitement
de la tuberculose pulmonaire
chez les femmes enceintes**

Président : M. LOEPER, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

8001

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre ESNAULT

Interne de l'Hôpital d'Argenteuil

Né le 12 Juillet 1912, à LISIEUX (Calvados)

**Le traitement
de la tuberculose pulmonaire
chez les femmes enceintes**

Président : M. LOEPER, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

I. — Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique de neuro-chirurgie
 Clinique cardiologie
 Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire



MM.
 ROUVIERE.
 LÉON BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DERRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ADAMI.
 MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 HARVIET.
 TANON.
 BALHAZARD.
 LAIGNEL-
 LAVASTINE.
 FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel LABBE.
 CLERC.
 LEREBoullet.
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 CHEVASSU.
 LEVY-SOLAL.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 MOCQUOT.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 VILLARET.
 TROISIER.
 MATHIEU.
 Clovis VINCENT.
 LAUBRY.
 N...
 HAZARD.
 HOVELACQUE.
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIE.
 VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 FENARD Henri Pathologie médicale.
 BERNARD Et. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique
 FUNCK- Pathologie chirurgicale.
 FEY Urologie.
 GAILLARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.

MM.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES .. Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOL Obstétrique.
 LAROCHE Guy. . Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.)	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE ..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
NEVEU-	
LEMAIRE ..	Parasitologie.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR- VAL-	
LERY-RADOT ..	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCO	
CADENAT	
GATELLIER	
MOURE	
QUENU	
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEILL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547906_0026

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE LOEPER

*Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur*

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, hommage de notre très respectueuse et profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ MIGNOT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Ancien Médecin Assistant des Hôpitaux de Paris
Médecin Chef du Service des Voies Respiratoires
de l'Hôpital Général d'Argenteuil

Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse, nous a toujours aidé de
ses conseils, et nous a toujours té-
moigné une bienveillante sollicitu-
de, hommage de notre profonde gra-
titude et de notre respectueuse af-
fection.

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MESSIEURS LES MEDECINS
DE L'HOPITAL GENERAL D'ARGENTEUIL

Le traitement de la tuberculose pulmonaire chez les femmes enceintes

INTRODUCTION

L'étude des rapports de la tuberculose pulmonaire et de la grossesse est certainement une des questions les plus délicates et les plus complexes de la pathologie médico-obstétricale.

Elle est un de ces sujets privilégiés qui, au cours des siècles, s'imposent avec obstination à l'attention médicale et qui, souvent débattus, résolus dans des sens très différents, selon les auteurs, ne cessent de susciter l'intérêt et bénéficient des recherches de chaque époque.

Sans vouloir, même à grands traits, esquisser l'histoire de la question, nous rappellerons seulement, que depuis vingt ans, les rapports de la grossesse avec la tuberculose pulmonaire, sont demeurés au premier plan des préoccupations des phtisiologues et des accoucheurs. Le débat n'est pas nouveau, mais il apparaît renouvelé par les progrès réalisés en phtisiologie.

Nous évoquerons les discussions ouvertes à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie en 1921, à l'Académie de Médecine en 1922, au Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue fran-

çaise tenu à Genève en 1923, à la Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose à Lausanne en 1924, à la Société de Pathologie comparée en 1927. Plusieurs thèses leur furent consacrées parmi lesquelles nous citerons celle de S. KOURILSKY en 1934 et celle de Ch. LÉONARDI en 1935.

C'est qu'en dehors de son importance doctrinale, la question présente une portée pratique de la plus haute gravité. Son intérêt théorique réside dans l'examen de l'influence réciproque de la tuberculose et de la grossesse et des causes qui la régissent. Son intérêt pratique s'attache à la discussion de moyens thérapeutiques, qui doivent être mis en œuvre chez les tuberculeuses gravides.

Nous envisagerons ici, que le côté pratique du problème, c'est-à-dire, le traitement de la tuberculose pulmonaire chez les femmes enceintes.

Ce modeste travail nous a été inspiré par une série d'observations que nous avons suivies au cours de notre internat à l'Hôpital d'Argenteuil, dans un important service de phtisiologie et à la Maternité et par les discussions thérapeutiques soutenues à propos de chaque cas.

Il n'a aucune prétention à être une œuvre originale, ni une revue générale complète. C'est un simple essai sur les diverses méthodes dont le médecin dispose actuellement pour traiter les tuberculeuses enceintes.

Mais avant d'aborder l'exposé de ces moyens et d'en discuter les indications et la valeur, il nous paraît utile de rappeler brièvement les conceptions des auteurs sur l'influence de la grossesse sur la tuberculose.

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LA TUBERCULOSE

Une première question en effet se pose et sa solution est à la base du problème thérapeutique. Y a-t-il ou non aggravation de la tuberculose pulmonaire ?

En France, les opinions modernes se résument à trois conceptions.

Pour les uns, la tuberculose n'est en rien modifiée par la gestation et l'éclosion de la maladie après un accouchement ou au cours de l'allaitement peut-être considérée comme une simple coïncidence assez fréquente.

Il existe même des cas tout à fait paradoxaux où la grossesse semble améliorer la tuberculose. Mais, comme le fait très justement remarquer VIGNES, ces améliorations peuvent être trompeuses, ne durer que jusqu'aux premières semaines du post-partum et il convient d'observer ces femmes pendant un temps suffisamment prolongé pour parler d'une influence favorable. Il est en effet manifeste qu'au cours de la gestation certaines tuberculeuses sont florides et qu'après l'accouchement leur résistance s'effondre. Quelques femmes même bénéficient seulement d'une euphorie trompeuse. Quoi qu'il en soit, ajoute VIGNES, « il est

indéniable que dans certaines observations, on a le droit d'employer le mot d'amélioration, voire même de guérison ». Dans son rapport au Congrès de Lausanne, FORSSNER, s'appuyant sur une importante statistique proteste contre le dogme du rôle néfaste de la gravidité sur la tuberculose et estime que dans le cas où l'on voit une tuberculose s'aggraver pendant ou après la grossesse, jamais la relation de cause à effet n'a été prouvée; pour lui, cette question n'est pas définitivement résolue et doit être révisée.

Une théorie plus éclectique a été soutenue par certains médecins, mais surtout par les accoucheurs et particulièrement en France par COUVELAIRE. Déjà SABOURIN défendait une théorie relativement optimiste. Plus récemment, DUMAREST et BRETTE, relatant sept observations personnelles se déclarent éclectiques. D'après eux, « la gravidité n'est pas toujours pour les tuberculeuses le désastre que l'on craint trop généralement; parfois, elle est indifférente à l'évolution bacillaire, parfois elle se montre favorable ». C'est aussi l'opinion de LÉON BERNARD qui pense qu'il ne faut pas être radicalement pessimiste. Pour lui, ce sont de mauvaises relations qui unissent la tuberculose pulmonaire à la maternité, mais cette influence pernicieuse n'est pas constante.

Enfin, il est une troisième conception qui est celle de beaucoup de phtisiologues et qui est la nôtre, c'est que la grossesse exerce une influence néfaste sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

Dans une série de publications et dans son ensei-

gnement, le Professeur SERGENT n'a cessé d'insister sur le rôle néfaste de la grossesse et de l'accouchement dans le réveil de l'éclosion de la tuberculose pulmonaire; il a particulièrement souligné les aggravations du post-partum. De même RIST, bien convaincu de l'action aggravante de la tuberculose dûment diagnostiquée, écrit : « En pratique toute tuberculeuse qui devient gravide ou toute gestante chez laquelle se déclenche une tuberculose pulmonaire est menacée de mort à bref délai ». Cet auteur admet cependant, avec beaucoup d'autres, qu'une tuberculose antérieure, solidement guérie, permet de laisser courir à la femme, sans inconvénients, les risques d'une gravidité, comme si la tuberculose pulmonaire guérie conférait dans ces cas, une immunité particulièrement forte.

De son côté, le Professeur BAR qui, s'appuyant sur sa longue expérience formule la proposition suivante : « S'il est vrai qu'il ne soit pas de règle générale, on peut cependant dire que la grossesse constitue un événement sérieux chez toute femme dont la tuberculose est en évolution active au moment de la conception; une catastrophe chez les femmes dont la tuberculose est avancée, bilatérale; un risque réel et parfois très grave chez une femme menacée de tuberculose active ». Et plus loin, il ajoute : « Non, il ne peut être mis en doute que la gravidité aggrave trop souvent la tuberculose ».

Ces divergences d'appréciation tiennent à plusieurs causes. D'abord les auteurs parlent en général au nom de leur expérience clinique personnelle et n'ont pas

toujours envisagé les mêmes sujets; il existe en effet entre eux, une différence fondamentale dans les conditions de milieu où ils observent. Les médecins d'hôpitaux urbains voient une très grande majorité de tuberculoses graves ou du moins évolutives, alors que les médecins de sanatoriums voient une grande proportion de tuberculoses relativement bénignes et peuvent les suivre pendant de longues périodes. De même, les accoucheurs, n'observent les malades que pendant une partie de la grossesse, tandis que les médecins les étudient pendant beaucoup plus longtemps, avant et après. Une autre raison très importante réside dans ce fait que les médecins n'ont pas tous à l'heure actuelle, les mêmes idées sur les diverses modalités d'évolution de la tuberculose pulmonaire, notamment dans ses formes bénignes (DUMAREST), dans la difficulté du diagnostic différentiel de la tuberculose pulmonaire dans ses premières manifestations et surtout comme l'a bien indiqué SERGENT, dans celle de la détermination de la forme anatomo-clinique et du caractère évolutif de la maladie. Le retentissement que la grossesse peut avoir sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire est en effet essentiellement conditionné par la forme anatomo-clinique des lésions (DUMAREST et LÉONARDI).

La connaissance approfondie de celle-ci à l'aide d'un examen méthodique et complet, clinique, radiologique, bactériologique et d'une mise en observation minutieuse dictera la décision thérapeutique.

TRAITEMENT

La conduite à tenir en présence de la tuberculose pulmonaire compliquée de grossesse, pose des problèmes thérapeutiques extrêmement complexes.

Il y a une quinzaine d'années, E. RIST, formulait le vœu que cette importante question fut reprise en France, avec la collaboration étroite des accoucheurs et des phthisiologues. Cette liaison, entre maternité et centres de phthisiologues, a été heureusement réalisée dans plusieurs centres hospitaliers. Grâce à elle, l'accord semble s'être fait à peu près sur la conduite à tenir chez une femme enceinte, atteinte de tuberculose pulmonaire.

Le traitement est à la fois prophylactique et curatif. Il doit être envisagé avant la grossesse, pendant la grossesse et après l'accouchement, et variera suivant les cas.

I. — Traitement préventif

Doit-on autoriser le mariage et la grossesse chez les femmes tuberculeuses ? Tout le monde est d'accord pour interdire le mariage, et SIRDAY fait remarquer qu'il faut appliquer cette règle, non seulement aux

jeunes filles ayant des tuberculoses pulmonaires avérées, mais encore à celles porteuses de tuberculoses frustes et simplement suspectes. Il faut temporiser le plus possible.

De même, en raison de la fréquence de l'influence néfaste de la gestation sur la bacillose, la grossesse doit être en principe déconseillée. Mais, comme le fait remarquer RIST, cela ne résoud pas la question. Tout d'abord, on se passe fort bien de l'autorisation des médecins pour se marier, et même encore du mariage pour avoir des enfants. Et surtout ajoute-t-il « les cas où la tuberculose vient compliquer la gestation ou la puerpéralité dépassent de beaucoup en nombre ceux où la gestation vient compliquer la tuberculose ».

A ces conseils de sagesse et de prudence, il faut joindre à titre préventif, les mesures d'une hygiène rigoureuse. La grossesse, en effet, constitue, dans la majorité des cas, une fatigue pour la femme normale. Si la femme enceinte doit travailler, et s'occuper des soins de son intérieur ou de ses enfants, le surmenage qui en résulte peut favoriser le réveil ou l'éclosion d'une tuberculose pulmonaire jusqu'alors latente.

C'est pourquoi, des efforts louables, mais souvent limités dans leur action, ont été tentés de toute part : périodes de repos prévues par les assurances sociales, avant et après l'accouchement, maisons de repos pour les derniers mois de la grossesse, maisons de convalescence pour les suites de couches, crèches pour les enfants.

Ces mesures préventives ont une importance capi-

tales chez les femmes atteintes de lésions cicatricielles éteintes de tuberculose pulmonaire et leur application judicieuse, est capable d'enrayer chez elles tout éveil évolutif.

C'est au service social, que revient cette tâche préventive. Malheureusement, ces œuvres sociales sont impuissantes devant les cas de tuberculose contagieuse et leur intervention efficace doit s'adresser aux enfants pour les protéger contre la contagion. C'est le rôle du Placement familial des tout petits et de l'œuvre GRANCHER.

II. — Traitement curatif pendant la grossesse

Le traitement curatif de la tuberculose pulmonaire chez les femmes enceintes, comporte trois ordres de moyens qui ont chacun leur valeur et leurs indications :

1° Le traitement médical.

2° La collapsothérapie.

3° Avortement thérapeutique.

1° Traitement médical.

I. — Le traitement médical se résume dans la cure hygiéno-diététique, appliqué de préférence en sanatorium.

Le but de la cure hygiéno-diététique est de placer la femme enceinte dans les meilleures conditions

pour supporter sa gestation, et de renforcer pendant la grossesse les défenses naturelles qui s'opposent au développement de la tuberculose.

Chez les tuberculeuses gravides, les règles hygiéniques communes à tous les tuberculeux s'imposent avec une rigueur encore plus absolue et celles-ci, pour être vraiment efficaces, réclament la cure sanatoriale. C'est, en effet, dans le cadre sanatorial, que l'on trouve les conditions climatiques les meilleures, la direction médicale la plus compétente et la plus disciplinée, avec les moyens thérapeutiques, matériels les plus appropriés au traitement de la tuberculose. Toute femme enceinte tuberculeuse devrait pouvoir bénéficier de cette cure, non seulement pendant sa grossesse, mais plusieurs mois après l'accouchement. De nombreuses observations de grossesse, ayant évolué favorablement chez les tuberculeuses, soumises à la cure sanatoriale, ont été publiées, notamment par STIASSNIE, TECON, ASTRUC. « Elles nous paraissent, écrit celui-ci, assez décisives pour conclure que la cure sanatoriale peut, dans un nombre important de cas, avoir un résultat si favorable, que le pronostic devient très différent de ce qu'il était dans la tuberculose non traitée ». C'est aussi le résultat des constatations faites par DUMAREST et LÉONARDI à Hauteville.

Malheureusement, trop souvent, pour des raisons matérielles, les tuberculeuses gravides ne peuvent bénéficier de la cure sanatoriale. Dans certains pays étrangers même, elles se voient refuser l'accès du sanatorium. En France, les délais d'attente du place-

ment, dans un établissement de cure, sont souvent si longs, que l'admission arrive à une date trop rapprochée de l'accouchement pour que la malade puisse en bénéficier. Aussi, comme le souhaite LÉONARDI, une des premières mesures à prendre serait d'accorder officiellement aux tuberculeuses enceintes, un droit de priorité d'admission. Certains auteurs, estiment même que l'organisation antituberculeuse devrait comprendre des établissements spéciaux, dits hôpitaux-sanatoriums-maternités, où dès le diagnostic de tuberculose et de grossesse établie, la malade pourrait faire un séjour, où l'accouchement aurait lieu, et où la femme ferait une cure complémentaire. Les soins nécessaires aux enfants et leur placement, y seraient également assurés. Ces établissements spéciaux, dont plusieurs existent à l'étranger, contribueraient à diminuer la mortalité des femmes tuberculeuses enceintes dans une proportion qui semble considérable, et à rendre moins fréquentes les aggravations ultérieures et surtout les évolutions redoutables du post-partum. Comme le fait justement remarquer LÉONARDI, les bénéfices indiscutables qu'a réalisés la pratique de la chirurgie pulmonaire au sanatorium, légitiment le désir de voir étendre dans certains cas, l'association de la cure sanatoriale à la pratique obstétricale.

En dehors de la cure sanatoriale qui, comme l'a fortement souligné le Professeur SERGENT, reste la base de la thérapeutique antituberculeuse, nous n'insisterons pas sur la nécessité d'y associer tous les moyens thérapeutiques généraux classiques.

On sait notamment à quel point la grossesse s'accompagne de décalcification. Cette notion impose l'application de la médication récalcifiante à laquelle on devra adjoindre tous les fixateurs de la chaux (opothérapie surrénale, phosphore, huile de foie de morue, vitamines). L'opothérapie splénique, pancréatique et hépatique, pourront aussi, selon les cas, être conseillés utilement. Il faudra également surveiller les fonctions digestives et rénales.

Nous signalerons aussi quelques tentatives de traitement aurique. L. BERNARD, Ch. MAYER et SAKELPAROULOS ont publié en 1931 plusieurs observations de tuberculeuses enceintes traitées par les sels d'or avec des résultats encourageants.

DUMAREST a rapporté aussi un cas d'amélioration. La chrysothérapie peut être bien tolérée par les femmes enceintes, à condition d'explorer soigneusement, avant de l'employer, les fonctions rénales et hépatiques et la formule sanguine, mais elle n'est qu'un moyen adjuvant dont l'efficacité est partielle et inconstante.

2° La collapsothérapie.

La collapsothérapie, quand elle est indiquée et réalisable, constitue le seul traitement actif, vraiment efficace de la tuberculose pulmonaire chez les femmes enceintes.

La première tentative de collapsothérapie au cours

de la grossesse a été faite par KUTHY et LOBMAYER, de Budapest, en 1913, mais le résultat fut assez décevant. C'est en juillet 1914, que E. RIST et L. KINDBERG, publièrent en France, le premier cas de pneumothorax artificiel, institué chez une gestante tuberculeuse. La malade porteuse d'une lobite supérieure excavée, était au cinquième mois de la grossesse. Elle accoucha spontanément à 7 mois 1/2 d'un enfant qui, vivant au début du travail, mourut pendant l'extraction, d'une circulaire du cordon. La femme guérit de la tuberculose. Puis ce furent les cas de RÉAL (1914), de VORVELD (1917), de SLATER (1918), de RIST, ROLLAND et RAVINA (1920) suivis d'observations de plus en plus nombreuses qui consacrèrent la valeur curative du pneumothorax artificiel chez les tuberculeuses enceintes.

Dans une remarquable communication à l'Académie de Médecine, le 14 mai 1935, E. RIST et L. JOTRAS ont apporté une importante statistique de 132 cas de pneumothorax thérapeutique chez les gestantes tuberculeuses et ont montré les résultats qu'on peut attendre d'une méthode utilisée depuis quinze ans, d'une façon systématique dans le Service de Maternité de l'Hôpital Laënnec. Cette statistique comprend les résultats confirmés par deux ans d'observation au moins après l'accouchement.

Avec ces auteurs, il convient de distinguer deux groupes très distincts, selon que le pneumothorax a été constitué avant la grossesse ou au cours de la grossesse. Dans le premier groupe, qui comprend 58 femmes, 39 étaient devenues enceintes plus d'un an après

le pneumothorax : 26 d'entre elles, sont guéries, ce qui fait un pourcentage favorable de 67 %. D'autre part, sur 19 femmes, qui avaient commencé leur grossesse moins d'un an après la création du pneumothorax, 12 sont guéries, soit 63 %. La gestation et l'accouchement sont d'autant mieux tolérés que le collapsus a eu sur les lésions pulmonaires, une action plus complète et plus prolongée.

Le second groupe comprend les tuberculeuses chez lesquelles le pneumothorax n'a été institué qu'après le début de la grossesse, sur 74 observations, on note 33 résultats favorables, soit 45 % de succès.

Mais il y a lieu de faire une distinction suivant l'époque où est intervenue la collapsothérapie. En effet, dans les 32 cas, elle a été établie pendant les quatre premiers mois de la grossesse et a donné 17 résultats favorables, soit 53 %. Par contre, chez les 42 gestantes tuberculeuses, dont le pneumothorax a été réalisé au cours des cinq derniers mois, on note seulement 16 résultats heureux, soit 38 % de succès. Cette différence notable, dans les résultats, souligne l'importance capitale de la précocité d'intervention.

Cette importante statistique de malades, rigoureusement étudiées et suivies, démontre d'une façon évidente la grande valeur de la collapsothérapie, qui a transformé le pronostic généralement si sévère de la maternité chez les tuberculeuses ayant des lésions actives. C'est une méthode essentiellement conservatrice, dont l'efficacité ne pourra que s'accroître avec les progrès de la technique collapsothérapique.

Tous ces cas se rapportent au pneumothorax unilatéral. Mais le pneumothorax bilatéral, peut aussi être institué au cours de la grossesse ou la grossesse survenir chez une femme porteuse d'un pneumothorax bilatéral.

A. GENDRON a publié en 1924 le cas d'un pneumothorax pratiqué successivement des deux côtés avec grossesse intercurrente. Le second collapsus avait été créé pour arrêter une évolution controlatérale. RIST et COULAUD, ont rapporté en 1929 le cas d'une malade présentant une tuberculose rapidement évolutive, et traitée par un double pneumothorax, chez laquelle une grossesse débuta aussitôt après le second collapsus; le résultat obtenu chez cette femme, qui n'avait jamais cessé de travailler, et qui fit même une perforation traumatique dix jours avant l'accouchement, fut remarquable.

Un mois après, TRIBOULET et VALTIS, présentaient une autre observation de pneumothorax double, chez une tuberculeuse enceinte, avec un succès datant de plusieurs années.

E. COULAUD, dans sa monographie récente sur le *pneumothorax bilatéral simultané*, dit avoir observé douze cas de grossesse au cours du pneumothorax double, qui tous ont abouti à des accouchements normaux et n'ont été suivis en aucun cas de la moindre complication.

D'une façon générale, les indications d'application de la collapsothérapie gazeuse bilatérale, chez les tuberculeuses gravidiques, sont sensiblement les mê-

mes que pour les autres malades. Les prescriptions d'hygiène et de repos général, devront être chez elles, encore plus rigoureuses.

La seule contre-indication véritable, est que des lésions ne soient pas trop étendues. Dans les cas avancés, il faut s'abstenir.

Les succès du pneumothorax dans la tuberculose pulmonaire des femmes enceintes, ont incité les médecins à recourir, dans certains cas, à la collapsothérapie chirurgicale.

La phrénicectomie peut être envisagée quand le pneumothorax est irréalisable, et a été tentée chez quelques malades qui l'ont bien supportée.

La thoracoplastie a même été appliquée dans quelques cas, très rares, de tuberculose gravidique.

La collapsothérapie, contro-latérale, préconisée par ASCOLI, semble devoir dans les cas d'hémoptysie menaçante, être essayée avant la thoracoplastie hémostatique.

Quoi qu'il en soit, en dehors de ces faits exceptionnels, on peut dire que le pneumothorax artificiel, associé à la cure sanatoriale, est actuellement l'arme la plus précieuse dont nous disposons, pour traiter la tuberculose pulmonaire chez les femmes enceintes. « Le pneumothorax, a écrit L. BERNARD, restaure l'aptitude à la maternité ».

3° L'avortement thérapeutique.

Quand la tuberculose est bilatérale et que le pneumothorax est contre-indiqué ou irréalisable, que fai-

re ? C'est alors que se pose pour certains l'angoissante question de l'avortement provoqué qui a suscité des discussions passionnées.

Proposée pour la première fois par PASQUALI et BOMPIANI au Congrès de Rome en 1886, défendue par William DUNCAN en 1890, puis par SIMPSON au Congrès de Rome en 1902, cette méthode fit rapidement des adeptes à l'étranger. En 1907, MARAGLIANO revint sur ce sujet et admit comme une règle l'interruption de la grossesse dans la tuberculose rationnellement et réellement diagnostiquée. L'école allemande adopta vite cette manière de voir et en exagéra la portée. En France, l'interruption de la grossesse eut peu de partisans, et, sous l'autorité du Professeur BAR, fut limitée à ce qu'elle doit être : un moyen héroïque exceptionnel. En 1912, au Congrès de Rome, BAR en marque les indications précises, sur lesquelles il insiste de nouveau dans sa conférence de Madrid en 1921 et, l'année suivante, devant l'Académie de Médecine. En 1913, COLOMBET, dans sa thèse inspirée par VORON, fit une enquête auprès des autorités scientifiques étrangères et françaises. Les Italiens, les Américains, les Allemands, se déclarèrent partisans de l'avortement dans les conditions adoptées au congrès de Rome. Seuls les Anglais et les Hollandais se rangèrent aux côtés des non-interventionnistes français, dont le Professeur PINARD fut toujours l'interprète irréductible.

Actuellement, dans la solution de ce grave problème, les médecins et les accoucheurs se classent en

deux catégories : les abstentionnistes et les interventionnistes.

D'une façon générale, la plupart des auteurs français sont abstentionnistes et adoptent la formule de Pinard : « Soignez la tuberculose par tous les moyens possibles afin de prolonger la vie de la femme et l'évolution de la gestation ». Pour lui, il n'y a pas d'indication d'avortement ou d'accouchement prématuré au cours de la tuberculose pulmonaire ; c'est une méthode inutile sinon nuisible pour la mère et qui tue l'enfant ; dans ces conditions, c'est l'enfant qu'il faut sauver à tout prix.

C'est également, quoique avec moins d'exclusivisme, l'opinion de COUVELAIRE. Dans une étude critique très serrée, FRUHINSHOLZ conclut qu'il n'y a nulle certitude que l'interruption de la grossesse amène la guérison de la tuberculose pulmonaire et que cette maladie ne rentre pas de plein gré dans le cadre limité qu'il s'est fait de l'avortement thérapeutique. Il termine par le dilemme suivant : ou bien on trouvera le test clinique ou biologique qui permettra de trier les tuberculoses justiciables de l'interruption de la gestation d'avec les autres et on fera l'accord, ou bien il faut une réglementation de l'avortement thérapeutique avec consultation préalable, telle que seul un conseil de l'Ordre des Médecins pourrait en préciser la procédure et la valeur.

Cette doctrine abstentionniste a été appuyée par plusieurs phthisiologues. RIST est formel : « Jamais, écrit-il, la preuve n'a été apportée que l'interruption

de la gestation ait augmenté les chances de survie des tuberculeuses gravides. Il faut donc laisser la grossesse suivre son cours et soigner la tuberculose ». L. BERNARD s'oppose aussi nettement à toute conception interventionniste. « Il vaut mieux, écrit-il, quand on est tuberculeuse, ne pas devenir enceinte; mais, quand une tuberculeuse est enceinte, il n'est pas certain qu'elle ait avantage à interrompre sa gestation ». Et ailleurs : « En résumé, pratiquement, je ne vois pas très clairement dans quels cas, chez les tuberculeuses l'avortement apparaît légitime, scientifiquement et légalement. » C'est également l'opinion de DUMAREST et BRETTE, qui s'élèvent contre la pratique de l'avortement dans la tuberculose compliquée de grossesse. Dans son rapport, à Lausanne, FORSSNER, après une longue étude statistique de l'évolution de la maladie chez les tuberculeuses enceintes, conclut que la preuve de l'influence funeste attribuée à la gestation n'est pas encore donnée et que pour lui, la question de l'avortement provoqué ne se pose plus. « Personne, dit-il, n'a donné la preuve qu'un avortement puisse améliorer l'évolution d'une tuberculose ». Au cours de la discussion qui suivit ce rapport, le Professeur BEZANÇON exprime l'idée que l'avortement provoqué est généralement aussi fâcheux pour les malades que la poursuite de la grossesse et de l'accouchement à terme. PISSAVY et LEJARD, acceptant les conclusions de FORSSNER, déclarent que l'hésitation n'est pas possible et que l'abstention s'impose dans tous les cas.

Contre les abstentionnistes se dressent les interven-

tionnistes. Ceux-ci se divisent en deux groupes : les interventionnistes absolus, qui n'existent pas en France et se trouvent surtout à l'étranger, et les interventionnistes éclectiques.

Quelques accoucheurs et médecins français, sans préconiser d'une façon absolue l'interruption de la grossesse chez les tuberculeuses, en sont cependant partisans dans certains cas exceptionnels bien déterminés. Dès 1912, VORON et son élève COLOMBET ont conclu que, dans certains cas de tuberculose pulmonaire, la thérapeutique abortive leur paraît salulaire et doit être connue et discutée. Au congrès de Rome de 1912, le Professeur BAR en trace les indications précises, qu'il confirme dans sa leçon de Madrid et ses interventions à l'Académie de Médecine. A leur suite, BRINDEAU, JEANNIN, METZGER, BOUFFE DE SAINT-BLAISE, DELMAS, SCHICKELE, s'en montrent partisans dans quelques cas rares. Parmi les phthisiologues, le Professeur SERGENT s'est rangé aux côtés du Professeur BAR et, dans une série de travaux, a nettement exposé les raisons de son opinion. Convaincu que la grossesse est un facteur très fréquent d'aggravation et de réveil de la tuberculose pulmonaire, il estime que dans certaines circonstances bien déterminées, le médecin peut être conduit à conseiller, à titre exceptionnel, l'interruption de la grossesse, en s'entourant de toutes les garanties scientifiques nécessaires. La décision est pure question de diagnostic précis. « Si le médecin, écrit-il, estime que le pneumothorax artificiel est insuffisant ou irréalisable et s'il croit que l'interruption

de la grossesse peut avoir pour effet d'étendre l'incendie qui s'allume, il doit avoir la conscience assez haut placée pour ne pas hésiter. Cette décision exige la concordance d'un ensemble de conditions qui ne sont pas si fréquemment réunies qu'on puisse craindre une généralisation abusive de cette règle de conduite ». Pour KUSS, « si la grossesse détermine d'une manière précoce une aggravation notable et progressive d'une tuberculose pulmonaire légère et auparavant inactive, il faut interrompre la grossesse pour enrayer l'évolution de la tuberculose ».

Au point de vue médico-légal, le Professeur BALTHAZARD a rassemblé dans une formule heureuse paraissant répondre à tous les cas, les conditions fondamentales qui légitiment l'avortement thérapeutique :

1° Il faut que la mère coure un danger extrême; 2° il faut que ce danger soit sous la dépendance certaine de la grossesse; 3° il faut que ce danger doive cesser après l'interruption de la grossesse. Sans doute il est très difficile d'affirmer que les conditions sont remplies, d'où la nécessité de garder à l'avortement thérapeutique son caractère d'intervention exceptionnelle, jusqu'au jour où nous connaissons des signes permettant de pronostiquer à coup sûr la mort fatale de la femme du fait de la grossesse.

Dans son rapport de 1923, à Genève, VORON a formulé les indications de l'avortement provoqué, qui sont conformes à celles réclamées par le Professeur BAR. L'interruption de la gestation ne pourra être envisagée seulement que si :

1° La grossesse n'a pas dépassé trois mois; 2° s'il s'agit d'une tuberculose franchement évolutive mais encore curable.

Cette appréciation de la forme de la tuberculose et surtout de son caractère évolutif, prime toute autre considération et commande la décision ; elle devra s'entourer de toutes les ressources de la clinique et du laboratoire. Pour résoudre ce difficile et grave problème, nous ne possédons malheureusement aucun test biologique certain. La cuti-réaction n'a qu'une valeur très relative et, comme l'a fait remarquer SERGENT, ne mesure que le degré de résistance du sujet dans le moment présent et non pas le degré d'activité de la lésion; elle ne renseigne pas sur l'avenir de cette lésion. Aussi, « c'est dans l'ensemble des signes généraux et fonctionnels et dans les modifications des signes physiques de localisation que nous devons chercher les témoins les moins infidèles ». P. COURMONT estime qu'un élément pronostique peut être tiré de l'examen du sang chez les femmes enceintes, une séro-agglutination forte permettra généralement de penser que l'évolution de la grossesse se poursuivra sans dommage. Ce sont là, il faut le reconnaître, des bases bien fragiles.

L'intervention, lorsqu'elle sera admise, pourra être réalisée soit par l'avortement, soit par l'hystérectomie. En France, on ne pratique guère que l'avortement provoqué. Cependant BAR estime que ces deux moyens ont leurs indications précises. Il préconise l'avortement pour les femmes jeunes dont les lésions sont

assez peu avancées et préfère réserver l'hystérectomie aux femmes plus âgées dont les lésions sont plus avancées et qui ont eu déjà des enfants. Alors que certains auteurs étrangers ont souci de conserver les ovaires, BAR préfère les enlever et produire une ménopause prématurée qu'il estime favorable à la cure de la tuberculose. Tel n'est pas l'avis de RIST, qui, ennemi déclaré de l'avortement thérapeutique, est, en principe, aussi nettement opposé à la castration parce que, d'après les recherches de COULAUD, celle-ci serait au même titre que la gravidité et la puerpéralité une cause de fléchissement de l'allergie. De même LÉON BERNARD s'élève contre l'hystérectomie.

On doit se demander si les résultats obtenus par les partisans de l'avortement provoqué justifient cette grave intervention. Malheureusement, comme l'a indiqué RIST, il n'y a pas de statistiques françaises importantes, en particulier de statistiques provenant d'un même auteur. A l'étranger, en Allemagne surtout, on trouve de nombreux faits publiés, mais dans beaucoup de cas on peut se demander si le diagnostic de tuberculose a toujours été bien établi. Si l'on analyse les divers cas rapportés par les auteurs récents : BAR (9 cas), SERGENT (3 cas), BRINDEAU (3 cas), JEANNIN (3 cas), KUSS-SERGENT-BRINDEAU (1 cas), METZGER (1 cas), CZACKES (de Strasbourg) (14 cas), on peut admettre que pour certaines malades bien déterminées l'avortement provoqué au début de la grossesse a pu enrayer la marche d'une tuberculose évolutive.

De toutes ces considérations nous pouvons déduire

que, en France, l'interruption de la grossesse apparaît à ses partisans comme un moyen héroïque et exceptionnel, le traitement étant médical dans l'immense majorité des cas. « C'est, écrit le Professeur BAR, une ressource de fortune et cruelle qui nous est imposée par l'état actuel de la phtisiothérapie », et il exprime l'espoir que les progrès thérapeutiques auront pour effet de réduire encore les indications limitées de l'avortement et de les faire disparaître. « Dans tous les cas, ajoute-t-il, c'est un problème de conscience autant que de jugement qui se pose ».

TRAITEMENT DU POST-PARTUM

L'accouchement terminé, les craintes subsistent, car la tuberculose se déclenche souvent après la délivrance. Ce sont ces formes de tuberculose du post-partum sur lesquelles a insisté le Professeur SERGENT. Tantôt il s'agit d'une tuberculose rapidement progressive et bilatérale survenant quelques jours après l'accouchement et évoluant à grand fracas avec toutes les allures d'une maladie infectieuse simulant l'infection puerpérale et devant laquelle le médecin est complètement désarmé. Tantôt, il s'agit de femmes qui après l'accouchement restent fatiguées et maigrissent et chez qui, en quelques mois, la tuberculose s'est réveillée lentement et sournoisement.

Ces cas, nous le répétons, sont beaucoup plus fréquents que ne le croient certains auteurs. Comment expliquer cette évolution si spéciale ? Une interprétation qui paraît en partie satisfaisante est celle de la ventralisation émise par SIGNERELLI qui fait intervenir le soulèvement du diaphragme pendant la grossesse et l'hypérémie veineuse consécutive; or, celle-ci, on le sait, est une condition de plus grande résistance tissulaire. Après l'accouchement, la chute brusque du diaphragme amènerait une oligémie veineuse pulmonaire, c'est-à-dire une condition inverse, qui paraît

être nettement favorable au développement du bacille tuberculeux. Aussi a-t-on pensé que la décompression brusque des poumons du fait de la délivrance pouvait peut-être expliquer le réveil de la tuberculose après l'accouchement. Partant de cette idée, le Professeur SERGENT, d'accord avec le Professeur BAR, a songé qu'il serait logique d'éviter les effets de cette brusque décompression en pratiquant aussitôt que possible après l'accouchement, un petit pneumothorax bilatéral partiel et simultané, entretenu pendant quelque temps ou, au contraire, continué en cas de signes de réveil unilatéral ou bilatéral. On sait maintenant que cette intervention est parfaitement réalisable et bien tolérée. Elle peut être réalisée à titre curatif chez des femmes atteintes de lésions pulmonaires en évolution avant l'accouchement ou bien à titre préventif (c'est là le point le plus intéressant) chez des femmes qui dans un passé plus ou moins proche ou lointain, avaient été incontestablement atteintes de lésions pulmonaires tuberculeuses mais qui pendant leur grossesse, ou au moment de l'accouchement, n'en présentaient plus aucun signe d'activité évolutive. La seule contre-indication est l'état de cachexie de la parturiente. Cette méthode inoffensive, parfaitement tolérée, a donné des résultats encourageants.

Dans son article du *Paris-Médical* (2 janvier 1926), le Professeur SERGENT apportait neuf observations de petits pneumothorax bilatéraux pratiqués immédiatement après l'accouchement. R. MIGNOT y ajoutait quatre nouveaux cas où cette intervention fut bien tolérée et donna un résultat satisfaisant.

On peut, comme l'a conseillé DUMAREST, réaliser partiellement le même objectif par des moyens plus simples, qui sont la cure déclive et le port d'une ceinture abdominale.

A ce problème de l'aggravation de la tuberculose par la grossesse et ses suites se rattache le rôle de l'allaitement. Son influence sur la tuberculose a fait l'objet de nombreuses discussions. Quelques rares auteurs comme SABOURIN, se basant sur les dangers du retour de la fonction menstruelle, permettent l'allaitement car la suppression de la lactation entraîne le retour de la menstruation, véritable épée de Damoclès pour les femmes tuberculeuses qui sont souvent « tuées par leurs règles » (SABOURIN). Cette opinion a été récemment admise par DUMAREST et BRETTE. La majorité des auteurs considère, au contraire, que l'allaitement est une cause d'aggravation de la tuberculose. Certains cependant estiment que là encore c'est une question d'espèces. L. BERNARD pense qu'une tuberculeuse ne doit pas nourrir son enfant tant dans l'intérêt de celui-ci que dans le sien propre. SIREDEY est encore plus radical et soutient que dans les cas de tuberculose tardive, survenue ou réveillée plusieurs mois après l'accouchement, il convient de faire une part plus importante à la lactation. Tout récemment encore, Maurice RIVIÈRE déclarait que toute atteinte, même ancienne, même localisée, de la tuberculose témoigne d'une prédisposition qui contre-indique l'allaitement. D'une façon générale, on doit admettre que la lactation aggrave la tuberculose ou favorise son éclo-

sion. Pour expliquer cette action néfaste, on a invoqué les fatigues qu'occasionne l'allaitement et les déperditions que subit l'organisme du fait de la sécrétion lactée. CHARRIN et VITRY ont montré que l'organisme en lactation est facilement déminéralisé et hyperglycémique ; or, on sait que la déminéralisation et l'hyperglycémie favorisent le développement de la tuberculose.

CONCLUSIONS

I. — Si on excepte les formes fibreuses anciennes, torpides, figées, inactives, de l'avis presque unanime des auteurs, la grossesse a sur la tuberculose pulmonaire une influence néfaste. Elle constitue un facteur très fréquent d'aggravation ou de réveil de la tuberculose.

II. — L'individualisation rigoureuse dans chaque cas sera la base de la conduite à tenir chez les tuberculeuses gravides. La décision thérapeutique devra être prise après un examen approfondi clinique, radiologique, biologique et variera selon la forme anatomo-clinique et évolutive de la maladie.

III. — Dans tous les cas, la cure hygiéno-diététique, appliquée de préférence en sanatorium, constitue le traitement fondamental.

IV. — Le pneumothorax artificiel, quand il est indiqué, réalisable et efficace, est la méthode de choix, qui doit être appliquée sans retard. Elle a complètement modifié le pronostic en général si sévère de la maternité chez les tuberculeuses ayant des lésions actives.

V. — L'avortement thérapeutique est un moyen exceptionnel, qui suppose un diagnostic précis, a des indications très limitées et exige des garanties de tous genres.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
LOEPER.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Tuberculose et grossesse. (*Journal des Prat.* 3 nov. 1934.)
- AMODRU. — Grossesse et accouchement évoluant normalement au cours d'une tuberculose pulmonaire traitée par le pneumothorax artificiel. (*Arch. Méd. Chir. de Province*, déc. 1922.)
- AMORIN. — Tuberculose, grossesse et thoracoplastie. (*Revue de Phtisiologie*, juillet-août 1934, n° 4.)
- ANDÉRODIAS. — Tuberculose pulmonaire et grossesse. (*La Puériculture*, sept.-oct. 1927, p. 518.)
- ANDLER. — Tuberculose pulmonaire et fonction de reproduction. (*Thèse Paris*, 1927.)
- ARMANINI. — La tubercolosi polmonare complicante le funzioni di maternità. (Note 1, 2, 3 in *Folia Gynaecologica*, 1927, vol. 25, fasc. 1.)
- BALTHAZARD. — Etude médico-légale de l'avortement thérapeutique. (*Bull. Méd. Paris*, déc. 1922.)
- BAR. — De la tuberculose compliquée de grossesse. (*Conférence à Madrid*, 1931.)
- La tuberculose pulmonaire compliquée de grossesse. (*La Médecine*, mai 1922, n° 8.)
- BAR et DEVRAIGNE. — De la sensibilité des femmes enceintes à la tuberculine. (*Revue Mens. d'Obst. et de Gyn.*, avril 1905.)
- BERNARD. — Gestation et Tuberculose pulmonaire. (*Presse Méd.*, 16 nov. 1921.)
- Tuberculose pulmonaire et gravidité. (*Société d'Obst. et de Gynéc.*, Paris, 23 mai 1921.)

- BERNARD, EVEN et CONTINI. — Maternité et formes fibreuses de la tuberculose pulmonaire. (*Annales de Médecine*, T. XXXIV, n° 3, oct. 1933.)
- BOMPIANI. — Sur la valeur du pneumothorax thérapeutique dans l'état de gestation. (*Tuberculose*, n° 22, janvier 1930.)
- BONNAIRE. — De l'influence de la puerpéralité sur la tuberculose. (*Presse Méd.*, 1911, n° 21.)
- BRINDEAU. — Tuberculose et grossesse. (*Société d'Obst. et de Gyn.*, 18 juin 1921.)
- Des indications de l'interruption de la grossesse. (*Rev. de la Tub.*, juillet 1931, n° 7.)
- BRINDEAU, R. KOURILSKY et Simone KOURILSKY. — La tuberculose pulmonaire chez les femmes enceintes. (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, 8 mars 1935), (*Presse Médicale*, nov. 1935.)
- CAUSSADE. — Gestation et tuberculose. (*Revue de Méd.*, juin 1936.)
- CHAUFFARD. — Rapport de la tuberculose et de la grossesse. (*Bull. de l'Ac. de Médecine*, 14 nov. 1922.)
- COULAUD. — Le pneumothorax bilatéral simultané. 1938.
- COUVELAIRE. — Tuberculose pulmonaire et fonction de reproduction chez la femme. (*Paris Médical*, 17 décembre 1932.)
- Rapport de la tuberculose et de la gravidité. (*Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 18 avril 1921.)
- COUVELAIRE, VALTIS et LACOMME. — *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 9 janvier 1928.
- DUMAREST. — Tuberculose pulmonaire et grossesse. (*Monde Médical*, 1924, n° 655.)
- DUMAREST et BRETTE. — Grossesse et Tuberculose. (*Presse Médicale*, 21 juin 1922.)
- DUMAREST et LÉONARDI. — Grossesse et formes cliniques de la tuberculose pulmonaire, 1936.

- FORSSNER. — Rapport à la Conférence de Lausanne, 1924, sur les relations entre l'état de gestation et la tuberculose. (*Revue de la Tuberculose*, 1924.)
- JEANNIN. — Discussion sur les rapports de la gestation et de la tuberculose pulmonaire. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1921.)
- KOURILSKY Simone. — La tuberculose pulmonaire chez la femme enceinte. (*Thèse Paris*, 1934.)
- KUSS. — Tuberculose pulmonaire et gestation. (*Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 1922.)
- LAUMONIER. — Grossesse et tuberculose. (*Gazette des Hôpitaux*, 6 mars 1923.)
- LE LORIER. — Une statistique américaine sur les rapports de la tuberculose pulmonaire et de la grossesse. (*Bull. Méd.*, sept. 1930.)
- LÉONARDI. — Grossesse et formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire, 1935.
- METZGER. — Tuberculose pulmonaire et état puerpéral, (*Progrès médical*, janvier 1928.)
- MIGNOT. — Tuberculose et gestation dans l'espèce humaine. (*Rapport Soc. de Pathol. comparée*, févr. 1927.)
- NOBÉCOURT et PARAF. — L'influence de la grossesse sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire et pleurale. L'anergie tuberculinique au cours de la grossesse et de l'allaitement. (*Presse médicale*, 18 février 1920.)
- PESCHARD. — Influence prédominante des facteurs sociaux et psychiques sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire dans la Puerpéralité. (*Paris*, 1936.)
- PINARD. — Tuberculose et grossesse. (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 21 novembre 1922.)
- PISSAVY et LEJARD. — Tuberculose et avortement thérapeutique. (*Presse Méd.*, 22 décembre 1926.)

- RIST. — Tuberculose et grossesse. (*Brit. Méd. Journ.*, 13 août 1927.)
- Tuberculose pulmonaire et gravidité. (*Rev. de la Tub.*, 1921.)
- RIST et COULAUD. — Pneumothorax bilatéral et grossesse. (*Société d'Etudes Scient. de l'Œuvre de la Tub.*, 8 déc. 1928.)
- RIST et JOTTRAS. — Résultats du pneumothorax thérapeutique chez les gestantes tuberculeuses. Etude statistique. (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 14 mai 1935.)
- SERGEANT. — Tuberculose et gestation. (*Bull. de l'Acad. de Médecine*, 12 et 19 déc. 1922.)
- Maternité et tuberculose. (*Presse Médicale*, n° 95, 1926.)
- Tuberculose et grossesse. (*Presse Méd.*, 5 juillet 1913.)
- SERGEANT et MORICARD. — Tuberculose et grossesse. (*Journal de Médecine*, 25 oct. 1935.)
- VIGNES. — Tuberculose et gestation. (*Rev. Path. Comparée et d'Hyg. générale*, 5 juin 1927.)
- WECHSLER. — Effets de la Cure Sanatoriale sur les Tuberculeuses gravides. (*Thèse Paris*, 1935.)

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Influence de la grossesse sur la tuberculose.....	11
Traitement	15
I. — Traitement préventif	15
II. — Traitement curatif pendant la grossesse..	17
1. — Traitement médical	17
2. — La collapsothérapie	20
3. — L'avortement thérapeutique	24
Traitement du post-partum	33
Conclusions	37
Bibliographie	39



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



